

TITULO

“COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “HOMERO CASTANIER CRESPO” EN EL PERIODO ENERO- DICIEMBRE 2008”

RESUMEN

Antecedentes: Se llevó a cabo un estudio cuantitativo retrospectivo descriptivo, en el servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues, los datos del año 2008 fueron obtenidos del Departamento de Estadística.

Objetivo: Determinar la frecuencia de complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008.

Materiales y Métodos: se revisó todas las historias clínicas del servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo, que registraron a gestantes adolescentes en el año 2008. La muestra fue tomada de estas historias clínicas, y se excluyeron a aquellas que no presentaron complicaciones. Para la recolección de los datos de las historias clínicas, se utilizó un formulario que fue llenado por la investigadora; luego la información recolectada fue ingresada en el programa Excel y analizada en el programa SPSS.

Resultados: el 69.09% de adolescentes embarazadas tuvo entre 17 a 19 años de edad (adolescencia tardía). El 65.5% perteneció a la zona rural. El 43.64% ha estudiado la secundaria incompleta. El 40% son casadas.

Dentro de las complicaciones obstétricas, las patologías que requirieron cesárea se presentaron en 92 casos (41.82%), la infección de vías urinarias en el 30.91%, la amenaza de parto pretérmino representó el 10%; mientras que el parto pretérmino se presentó en el 2.73%; la ruptura prematura de membranas y la desproporción cefalo pélvica constituyeron el 8.64%, la preclampsia representa el 4.55%, el desgarro perineal grado II se presentó en el 1.82%. El aborto diferido con el 3.64%, seguido del aborto incompleto 2.73%, aborto completo 2.27%, la amenaza de aborto representó el 1.82%, el aborto en curso en el 0.91%. No se presentaron casos de aborto inevitable ni aborto séptico.

Conclusiones: El embarazo en adolescentes es muy frecuente en nuestro medio (11.1%), sobre todo en la población de las zonas rurales, casadas y con una instrucción de secundaria incompleta. Las complicaciones que requirieron cesárea fueron las más frecuentes.

Palabras claves: embarazo, adolescencia, complicaciones obstétricas

TITLE

“OBSTETRIC COMPLICATIONS IN ADOLESCENTS SEEN AT THE OBSTETRIC DEPARTMENT OF THE HOSPITAL “HOMERO CASTANIER CRESPO” PERIOD JANUARY – DECEMBER 2008”

SUMMARY

Background: a retrospective descriptive quantitative study took place in the obstetric department of the Homero Castanier Crespo Hospital in Azogues city 2008 data was obtained from the Statistics Department.

Objective: To determine the frequency of obstetric complications in adolescents attending in the obstetric department of the Homero Castanier Crespo Hospital in 2008.

Materials and Methods: all clinical histories that registered teen pregnancies in the obstetric department during 2008 were reviewed in Homero Castanier Crespo hospital. The study's sample was obtained from these histories, and excluded those without complications. To collect data from the clinical histories, a form was filled, then the information was processed with Excel program and analyzed in SPSS program.

Results: The 69.09% of pregnant teens were between 17 and 19 years (late adolescence). 65.5% came from rural areas. 43.64 hadn't completed middle school. 40% of them are married.

The main obstetric complications, the diseases requiring cesarean were in 92 cases (41.82%), urinary tract infection represented 30.91%, the preterm labor in 10% of teen pregnancies, though preterm birth occurred in the 2.73% of the cases; premature rupture of membranes and cephalopelvic disproportion occurred in 8.64%, pre-eclampsy accounts for 4.55%, grade II perineal tear was made in the 1.82%. The deferred abortion with 3.64%, followed by incomplete abortion 2.73%, 2.27% complete abortion, threatened abortion accounted for 1.82%, abortion in progress at the 0.91%. There were no septic abortion and inevitable abortion.

Conclusions: Teen pregnancy is very common in our society (11.1%), especially in rural population, most of these teenagers were married and with an incomplete middle school. The diseases requiring cesarean were the most frequent.

Key words: pregnancy, adolescence, obstetric complication

INDICE

Contenido

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCION.....	11
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.3 JUSTIFICACION Y USO DE LOS RESULTADOS.....	17

CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEORICO

2.1 ADOLESCENCIA

2.1 Adolescencia Temprana	18
2.1.2 Adolescencia Media.....	18
2.1.3 Adolescencia Tardía	18

2.2 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA..... 18

2.3 COMPLICACIONES OBSTETRICAS..... 19

2.3.1 ENFERMEDAD HIPERTENSIVA GESTACIONAL.....19

2.3.1.1 Hipertension inducida en el embarazo	20
2.3.1.2 Preeclampsia.....	20
2.3.1.3 Eclampsia	21
2.3.1.4Preeclampsia sobre impuesta a hipertensión crónica	21
2.3.1.5 Hipertensión crónica	21

2.3.2.ABORTO.....21

2.3.2.1 Amenaza de aborto.....	21
--------------------------------	----

2.3.2.2 Aborto inevitable	22
2.3.2.3 Aborto en curso	22
2.3.2.4 Aborto incompleto	22
2.3.2.5 Aborto completo.....	22
2.3.2.6 Aborto diferido	22
2.3.2.7 Aborto séptico	22
 2.3.3 AMENAZA DE PARTO PRETERMINO.....	23
 2.3.4 PARTO PREMATURO.....	24
 2.3.5 ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.....	24
 .2.3.6 DIABETES GESTACIONAL.....	26
 2.3.7 DESPROPORCION CEFALO PÉLVICA.....	27
 2.3.8 DESGARRO PERINEAL.....	27
2.3.8.1 Primer Grado	27
2.3.8.2 Segundo Grado.....	27
2.3.8.3 Tercer Grado	27
2.3.8.4 Cuarto Grado	27
 2.3.9 INFECCION DE VIAS URINARIAS.....	28
2.3.9.1 Bacteriuria asintomática.....	28
2.3.9.2 Uretritis y Cistitis	28
2.3.9.3 Pielonefritis	28

2.3.10 CESAREA.....	30
---------------------	----

CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1 General.....	31
3.2 Específicos	31

CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1. Diseño general del estudio	32
4.2. Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación.....	32
4.3 Variables de estudio	33
4.4 Matriz de operacionalización de las variables	34
4.5 Criterios de inclusión y exclusión	36
4.6 Procedimiento para garantizar aspectos éticos.....	36
4.7 Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de datos.....	36
4.8 Análisis de la información y presentación de resultados.....	38

CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1 Cumplimiento del estudio	39
5.2 Características de la población de estudio	39

CAPITULO VI

6. Discusión.....	53
-------------------	----

CAPITULO VII

7. 1 Conclusiones.....	56
7.2 Recomendaciones.....	57

ANEXOS.....	59
--------------------	-----------

BIBLIOGRAFIA

Bibliografía general.....	70
Referencias bibliográficas.....	71



UNIVERSIDAD DE CUENCA



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**“COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL
SERVICIO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL “HOMERO CASTANIER
CRESPO” EN EL PERIODO ENERO- DICIEMBRE 2008”.**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE MÉDICO

AUTORA:

ELVA LÓPEZ QUEVEDO

DIRECTOR:

Dr. BERNARDO VEGA CRESPO

ASESOR:

DR. JULIO JARAMILLO OYERVIDE

CUENCA-ECUADOR

2010

DEDICATORIA:

Este trabajo lo dedicó a mis padres Vicente y María por ser mi mayor apoyo, el pilar fundamental para yo poder culminar este sueño; a mi cónyuge Miguel y a mi hijo Mateo por su amor, su paciencia, su comprensión; y por ser la mayor motivación que tengo para continuar luchando...

A mis hermanos José y Paz, esperando poder ser un ejemplo en su vida...

AGRADECIMIENTO

A la Universidad de Cuenca, por darme la oportunidad de formarme en un centro de excelencia académica.

Con el más sincero afecto y gratitud, agradezco a los distinguidos catedráticos, Dr. Bernardo Vega Crespo quien se digno dirigir este trabajo y al Dr. Julio Jaramillo Oyervide asesor del mismo, quienes entregaron todo su tiempo, dedicación e interés, para que esta investigación se lleve a cabo de la mejor manera.

RESPONSABILIDAD:

El contenido del presente estudio es de
absoluta responsabilidad de la autora.

Elva María López Quevedo

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

En el mundo se estima que existe más de 3 millones de adolescentes y la actividad sexual cada vez es más temprana, con lo que la incidencia de embarazos en mujeres menores de 20 años cada vez es mayor. (1)

La incidencia de embarazos adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado. En Estados Unidos, anualmente cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12,8% del total de embarazos.

En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente 105 por 1000 en El Salvador, 123 por 1000 en Guatemala, 149.3 por 1000 en Nicaragua y 101.4 por 1000 en Venezuela, pudiendo llegar a cifras tan elevadas como del 45% del total de embarazos en algunos países africanos (2).

Se estima que en los países en desarrollo aproximadamente el 20% a 60% de los embarazos son no deseados, y que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad. Las pacientes adolescentes embarazadas sufren posteriormente problemas de tipo socioeconómicos, determinados por una menor educación, mayor dificultad para conseguir empleo, generalmente el abandono de su pareja y finalmente mayor pobreza en la población. En este último punto es interesante destacar que el nivel de escolaridad es inferior al de la población general, con elevados índices de deserción escolar pre y postgestacional. (3)

En el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años. Los/as adolescentes representan el 20% de la población ecuatoriana. La tendencia de la fecundidad adolescente en el país en la última década es al incremento, siendo la más alta de la sub.-región andina y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres. (4)



En Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa).

Las brechas por niveles de ingresos son también importantes. Por un lado, alrededor del 30% de las adolescentes del quintil inferior de ingresos son madres en Ecuador, mientras poco más del 10% de las adolescentes de mayor nivel de ingresos son madres o se embarazan. Asimismo, al analizar las tasas de fecundidad por Área, se observa que la fecundidad adolescente en áreas rurales son 30% más altas que en áreas urbanas (3.9 vs. 2.9). (4)

En un estudio realizado en la ciudad de Cuenca en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo abril 2006 – abril 2008 se observó que la prevalencia de adolescentes atendidas por embarazo fue del 26.86%, la edad prevalente perteneció a la adolescencia tardía con 79.26, la mayoría procedente y residente del sector urbano 55.44 y 63.69 respectivamente. La Unión Libre fue la predominante con 45.37. El nivel de instrucción que prevaleció fue la secundaria incompleta con 41.61. (5)

Dentro del mismo estudio existieron 1338 casos de alguna patología obstétrica constituyendo el 45%. El aborto se presentó en 7.31, la prematuridad estuvo presente en 3.35, el síndrome hipertensivo del embarazo ocurrió en 2.24, la ruptura prematura de membranas constituyó 4.87; en relación a las distocias, se presentó en 17.65, y no se encontraron casos de pacientes que hayan padecido diabetes gestacional. El 18,72 terminó el embarazo por cesárea. (5)

En un estudio observacional analítico de tipo caso-control de las 113 adolescentes realizado en Cuba se demostró que la frecuencia de la diabetes gestacional en las adolescentes fue baja (2,7 %). (6)

En otro estudio realizado en Sullana-Perú la edad materna promedio de gestantes adolescentes fue 17,7 años. El 62,8% se encontraba entre 18 y 19 años. El 54% era conviviente y 7,2% soltera. El 75,8% era primigesta. (7)

Fue más frecuente la vía de parto abdominal en adolescentes (14,9%) con respecto al grupo control (6,5%). (7)

El costo en términos de morbilidad y mortalidad materno-infantil y el impacto psicosocial del embarazo en adolescentes es importante si se considera que es un fenómeno prevenible. La mortalidad y morbilidad de las adolescentes embarazadas puede ser similar a la del grupo de mujeres adultas si se les entrega una adecuada atención prenatal y del parto.

El embarazo de la adolescente puede ser un fenómeno natural en una sociedad agrícola y un problema social en una sociedad industrializada o en desarrollo; puede ser una manifestación temprana de la capacidad reproductiva, nutriente y vital, o la manifestación visible de trastornos en el desarrollo de la adolescente. El embarazo de la adolescente sin apoyo ni atención especial presenta enfermedad materna, fetal y neonatal con más frecuencia que en la adulta embarazada. Es necesario destacar que la edad materna es un factor de clase social. Dicho de otro modo, el ámbito en el que crece la adolescente tiene mayor impacto sobre su embarazo que su edad cronológica. Además, las condiciones de la sociedad actual favorecen las prácticas sexuales prematuras en los adolescentes. Es muy frecuente que ni en el hogar, ni en el colegio se proporcione al adolescente una adecuada formación que le permita asumir una actitud responsable frente a la sexualidad

Ante todo esto, consideramos que resultó importante realizar la investigación que es materia de esta tesis, para relevar la frecuencia de las complicaciones obstétricas que podrían presentarse en las adolescentes; tales como aborto, parto prematuro, rotura prematura de membranas, enfermedad hipertensiva gestacional, diabetes gestacional, desproporción céfalo pélvica, desgarro perineal, infección de vías urinarias y cesáreas; ya que se trata de una problemática no solo a nivel nacional

sino mundial, que obliga a realizar un estudio en la ciudad de Azogues en la que no existen datos al respecto que determinen si estas patologías se presentan independientemente de la edad o si son mayores en la adolescencia.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los adolescentes son los adultos de mañana y constituyen una proporción substancial de la población. Ignorar sus necesidades no sólo es difícil sino imprudente e injusto. Es difícil porque el número de los adolescentes es tan grande; imprudente, porque lo que les sucede a ellos afecta a toda la humanidad tanto ahora como en el futuro; e injusto, porque los adolescentes son miembros de la familia humana y no deben estar privados de los derechos que gozan los otros miembros.

En la adolescencia se va a producir un proceso de reestructuración de cambios endocrinos y morfológicos, como son: la aparición de los caracteres sexuales secundarios, la transformación y crecimiento de los genitales, la aparición de la menarquia en la niña y la eyaculación en el varón; además, surgen nuevas formas de relación con los adultos, nuevos intereses, actividades de estudio, cambios en la conducta y en la actitud ante la vida.

La adolescencia suele ser la edad de las contradicciones e incomprensiones, donde se hace posible el descubrimiento de uno mismo, de los demás y de la ampliación del horizonte individual. El perfeccionamiento y madurez de estas características psicosociales se desplazan, en el adolescente, a edades más avanzadas de la vida, a diferencia de la precoz madurez biológica imperante en esta etapa. Todo esto unido a la desinformación y la falta de educación en el orden sexual, posibilita que las adolescentes se crean aptas para concebir, por lo que se considera este período como importante grupo de riesgo en la salud reproductiva, que pudieran dar lugar a una maternidad y una paternidad precoz.

Más del 10% de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes. Cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes. Cada día 41095, cada hora 1712. (8)

El embarazo en edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial. Afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en la clase de bajo nivel socioeconómico, en parte, debido a la falta de educación sexual, y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad.

Estudios realizados en Cuba han demostrado un rejuvenecimiento de la fecundidad, con gran incidencia en el grupo de edad comprendido entre 10 y 19 años, fundamentalmente a partir de los 15 años, a ello se asocia el incremento de las tasas de aborto en menores de 20 años, quienes han estado influenciadas por diversas causas que se asocian a una deficiente educación sexual, tanto en el hogar como en las instituciones educacionales de salud. Algunos autores plantean que hay un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19 años, el 25% de los adolescentes se embarazan, y el 60% de estos ocurren dentro de los 6 meses iniciales de las primeras relaciones sexuales. (8)

Resulta alarmante saber que casi la tercera parte de unos 175 millones de embarazos que se producen anualmente no son deseados, y que gran parte de estos son de adolescentes. A pesar de ello y de conocerse que los adolescentes no planifican la familia, aún existen criterios erróneos en relación con el uso de métodos anticonceptivos en esas edades como favorecedores de la relación sexual y la promiscuidad, entre otros aspectos; produciéndose un cuestionamiento moral acerca de la difusión del uso de los mismos.

Con respecto a las enfermedades relacionadas con el embarazo, las adolescentes sufren más complicaciones que la mujer adulta, tales como: preeclampsia, eclampsia, anemia, partos pre términos, recién nacidos de bajo peso, traumas obstétricos, riesgo elevado de muerte en el transcurso del primer

año de vida, imposibilidad para continuar los estudios, riesgo nutricional, pues se añaden a las necesidades normales de su crecimiento, las del feto que engendra. (8)

Por estas razones consideramos que el embarazo en la adolescencia se comporta como riesgo elevado, haciéndose necesario el desarrollo de una política de salud y sobre todo de educación sexual y sanitaria, que encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etáreo garantizando un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su descendencia y una recuperación positiva en el desarrollo futuro de la sociedad. La prevención del embarazo no deseado se logra por la información de sexualidad asegurando que los métodos reproductivos sean de confianza para los adolescentes creando así un ambiente de apoyo en ellos.

La posibilidad de crear la vida en un acto de amor, sentirla crecer y compartir cada cambio hasta tener al hijo en sus brazos, es algo que nos caracteriza como humanos y nuestro compromiso es trabajar en pos de lograrlo en el momento más oportuno.

La información presentada refleja la realidad mundial, pero surgen interrogantes que nos incentivan a una investigación minuciosa de la población materna adolescente a nivel local, entre ellas están las siguientes:

- ¿Cuál es la población materna adolescente con más complicaciones en la gestación, que se ha hospitalizado en el Servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo de la Ciudad de Azogues en el año 2008?
- ¿Cuales son las patologías obstétricas más frecuentes en las gestantes adolescentes atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo de la Ciudad de Azogues en el año 2008?

Todo esto nos incentiva a conocer nuestra realidad local para así poder brindar aportes a la población materna adolescente y por ende a la sociedad, y para que surjan nuevas investigaciones en torno a este tema.



1.3. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

A pesar de estar en el siglo XXI, la frecuencia de embarazos en adolescentes y sus complicaciones obstétricas en nuestro país continúa siendo extremadamente elevado, teniendo como antecedente que la mayoría de estos embarazos pueden evitarse con educación a la juventud y servicios sanitarios eficaces y oportunos; por lo tanto la reducción de las complicaciones obstétricas dependerán de poder mejorar los servicios de salud de las maternas.

Consultando en diferentes bibliografías que están en relación con el ámbito temático se llega a la conclusión de no existir un trabajo similar en la ciudad de Azogues, por lo tanto nuestro empeño estribó en realizar un trabajo serio, veraz y original, pues solo así conseguiremos el objetivo propuesto, el cual es entregar un verdadero aporte de consulta sobre la frecuencia de complicaciones obstétricas en las adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Homero Castanier Crespo durante el periodo enero-diciembre 2008.

CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 ADOLESCENCIA

Se define como el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio económica. (1)

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.

Según la OMS, la adolescencia se clasifica en:

- **2.1.1 ADOLESCENCIA TEMPRANA:** 10 a 13 años.
- **2.1.2 ADOLESCENCIA MEDIA:** 14 a 16 años.
- **2.1.3 ADOLESCENCIA TARDÍA:** 17 a 19 años.

2.2 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se lo define como: **"el que ocurre dentro de los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica cero = edad de la menarquia) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental."** (9)

La probabilidad de morir debido a eventos relacionados con la reproducción es 2 veces mayor cuando la adolescente está entre los 15 y los 19 años, pero es 6 veces mayor cuando la joven es menor de 15 años. (10)

Con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas existen estudios que evidencian diferencias significativas en la evolución del embarazo entre las pacientes

menores de 16 años y las de 16 años y más. Stain y cols., demostró que el riesgo obstétrico en las adolescentes mayores (entre 16 y 19 años) estaba asociado con factores sociales como pobreza más que con la simple edad materna. En contraste, en las pacientes menores de 16 años, los resultados obstétricos y perinatales son dependientes de la edad materna por sí misma. Algunos autores concluyen que las pacientes adolescentes embarazadas que reciben un adecuado control perinatal no presentarían mayor riesgo obstétrico que una embarazada adulta de similar nivel socioeconómico. (3).

En lo Biológico se altera el vínculo madre e hijo, dando como resultado en la madre mayor mortalidad materna por el embarazo, abortos, y cesáreas, en el niño bajo peso, prematuros, enfermedades congénitas y adquiridas.

Psicológicamente, el embarazo interrumpe la tarea evolutiva de la adolescente, tienen pérdidas afectivas graves, les duele dejar de ser jóvenes, su colegio, sus amigas, perder la confianza de sus padres y no poder salir a divertirse como antes. La maternidad induce a la necesidad de asumir roles de adultos cuando aún no es tiempo de hacerlo. Es común que deba asumir responsabilidades no propias de esta etapa de su vida, reemplazando a su madre, viéndose privada de las actividades que corresponden a su edad y confundiendo su rol dentro del grupo, pasando a ser “una hija madre”. En algunas ocasiones se presentan dificultades en los vínculos familiares, pérdida de la comunicación con los padres lo que les lleva a matrimonios forzados y de corta duración o quedan con el estigma de ser madres solteras.

2.3 COMPLICACIONES OBSTETRICAS

2.3.1 ENFERMEDAD HIPERTENSIVA GESTACIONAL: Es una de las principales causa de mortalidad y morbilidad materna y produce además restricción del crecimiento fetal y prematuridad. Se detecta luego de las 20 semanas y se caracteriza porque puede o no existir proteinuria, siendo las frecuencias reportadas de 22,4% a cerca de 29%. Una serie de recientes estudios han demostrado que la incidencia de preeclampsia (con proteinuria) es similar en las pacientes adolescentes que en las adultas (3, 11,14)

Factores predisponentes a trastornos hipertensivos del embarazo

Entre los factores predisponentes para los trastornos hipertensivos durante el embarazo, tenemos:

- Paridad: casi exclusiva de primigestas.
- Embarazo múltiple.
- Macrosomía fetal.
- Patologías asociadas (diabetes, obesidad, mola, polihidramnios, eritroblastosis fetal).
- Antecedentes familiares y personales.
- Bajo Nivel socioeconómico.
- Factores ambientales.

2.3.1.1 Hipertensión inducida del embarazo: Es la que se diagnostica por primera vez durante la gestación después de las 20 semanas, sin proteinuria. Las cifras de la tensión arterial regresan a la normalidad antes de las 12 semanas posparto, con lo que se confirma el diagnóstico. (14)

En un estudio realizado en la ciudad de Cuenca las adolescentes con trastornos hipertensivos del embarazo están entre los 15 y 19 años, la mayoría nulíparas, de procedencia urbana e instrucción primaria. (12)

2.3.1.2 Preeclampsia: llamada también “toxemia”, es una condición única y generalmente peligrosa que sólo ocurre durante el embarazo. Es un desorden multisistémico en el que la hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas se acompaña de proteinuria. Desaparecen dentro de las 12 semanas del post parto.

Se debe a la reducción de la perfusión a los diferentes órganos secundariamente al vasoespasmo y a la activación endotelial.

Los resultados anormales de las pruebas de laboratorio de las funciones hepática y renal confirman el diagnóstico junto con la persistencia de cefaleas,



alteraciones visuales y dolor epigástrico; este último es producido por la necrosis, la isquemia y el edema hepatocelular que comprime la cápsula de Glisson.

La persistencia de proteinuria de 2 (++) o mayor o la excreción de 2gramos o más de orina de 24 hora indica un cuadro de preeclampsia severa. (13,14)

2.3.1.3 Eclampsia: se denomina así a la presencia de convulsiones en pacientes preeclápticas que no pueden ser atribuidas a otra causa.

Las convulsiones suelen ser tónico clónicas tipo gran mal. Aproximadamente la mitad de los casos de eclampsia aparecen antes del trabajo de parto, un 25% lo hace durante el trabajo de parto y el resto en el posparto.(13,14)

2.3.1.4 Preeclampsia sobre impuesta a hipertensión crónica: Es la aparición de proteinuria sobre un proceso hipertensivo crónico no proteinúrico. (14)

2.3.1.5 Hipertensión crónica: Es la elevación de la presión arterial diagnosticada antes del embarazo o en la primera consulta prenatal antes de las 20 semanas. No se presenta proteinuria y las cifras tensionales permanecen elevadas después de la décimo segunda semana posparto. (14)

2.3.2 ABORTO: Se define como la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación con un producto con un peso menor a 500gr, talla fetal de 25cm y de 18cm coronilla - rabadilla.

2.3.2.1 Amenaza de aborto: Se presenta con amenorrea, metrorragia de cantidad variable, dolor hipogástrico y/o lumbar.

Dentro de los signos hay sangrado uterino confirmado por especuloscopia, cuello uterino sin modificaciones, útero con tamaño acorde con tiempo de embarazo y prueba de embarazo positiva.



El diagnóstico es confirmado por la visualización ecográfica de una gestación intrauterina o la auscultación del latido cardíaco fetal mediante Doppler. (10)

Según Friedman, un embarazo no deseado puede conducir a un aborto inducido y esta situación en especial a las adolescentes más jóvenes, sin experiencia o avergonzadas, que probablemente intente el aborto cuando el embarazo esté avanzado. Esto conlleva mayores riesgos para la salud, su fecundidad futura y su propia vida; más aún si se realiza de manera clandestina. (11,13)

2.3.2.2 Aborto inevitable: Existe amenorrea, dolor hipogástrico moderado a severo, y metrorragia.

El útero con tamaño acorde con tiempo de embarazo, contracciones uterinas, dilatación cervical y rotura de membranas. (11)

2.3.2.3 Aborto en curso: Existe dolor hipogástrico intenso, metrorragia moderada a severa, útero con tamaño menor a tiempo de embarazo, contracciones uterinas, dilatación cervical, productos de la concepción en cuello o canal vaginal.

2.3.2.4 Aborto incompleto: Parte de los productos de la concepción se encuentran aún en la cavidad uterina. La ecografía transvaginal confirma la presencia de restos placentarios dentro de la cavidad uterina. (11)

2.3.2.5 Aborto completo: Expulsión total de los productos de la concepción. La ecografía determina la ausencia de contenido uterino, certificando el diagnóstico (línea endometrial <10mm). (11)

2.3.2.6 Aborto diferido: Es la retención del embrión o feto muerto sin expulsión del mismo. (11)

2.3.2.7 Aborto séptico: Infección que se superpone a cualquiera de las formas de aborto, a partir de la cavidad uterina.

Existe antecedentes de aborto provocado, maniobras instrumentales, DIU concomitantemente con el embarazo, legrado o AMEU. (11)

2.3.3 AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

Factores predisponentes de amenaza de parto pretermino

Entre los factores predisponentes para la amenaza de parto pretermino, tenemos:

Factores de riesgo mayores

- Gestación múltiple
- Antecedentes de parto pretérmino
- Antecedente de amenaza de parto pretérmino con parto a término
- Polihidramnios
- Anomalías uterinas
- Cirugía abdominal durante el embarazo
- Antecedentes de conización.
- Dilatación >1cm a las 32SG
- Cuello <1cm de longitud a las 32SG
- 2 o más abortos en el segundo trimestre
- Consumo de cocaína

Factores de riesgo menores

- Enfermedad febril durante el embarazo
- Pielonefritis
- Consumo +10 cigarrillos al día
- Metrorragia después de las 12SG
- 1 aborto en el segundo trimestre
- 2 o más abortos en el primer trimestre

Otros factores de riesgo

- Bajo nivel socioeconómico
- Edad materna <18años >40 años

- Estrés
- Infecciones vaginales: vaginosis bacteriana sintomática
- Infecciones urinarias
- ETS
- Abuso doméstico
- Violencia familiar
- Alcoholismo
- Bajo índice de masa corporal pre gestacional
- Baja ganancia de peso durante el embarazo
- Traumatismos

La presencia de 1 o más factores de riesgo mayores y/o 2 o más factores de riesgo menores establecen el riesgo de parto pretérmino.(12)

2.3.4 PARTO PREMATURO: Es aquel que se produce después de las 20 semanas o antes de las 37 semanas de gestación. Las investigaciones han determinado que el riesgo de parto prematuro en las pacientes adolescentes es mayor mientras menor es la edad de la paciente, siendo el grupo de verdadero riesgo las adolescentes que se encuentran entre los 10 y los 15 años, no existiendo diferencias en el grupo entre 16 y 19 años con respecto a las pacientes adultas.

Dentro de la etiología se plantea sobre todo el estrés psicosocial, las infecciones ascendentes del tracto genitourinario.

En este mismo sentido, la edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna. (1, 3,14)

2.3.5 ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS: Es la ruptura espontánea del corion y del amnios, una o más horas antes de que se inicie el trabajo de parto. Aumenta la morbi mortalidad materna a expensas de la infección.

Se describen 3 mecanismos fisiopatológicos:

- a) Por alteración de la estructura de las membranas cervicales: la rotura ocurre espontáneamente y antes de que se produzcan cambios importantes en la madurez, posición o dilatación del cuello uterino.
- b) Por deformación y estiramiento a nivel del orificio cervical: La rotura ocurre espontáneamente después de cambios funcionales del segmento cérvix (borramiento y comienzo de la dilatación) acompañados por las contracciones uterinas.
- c) Mecanismo de formación y rotura de dos sacos ovulares: Se produce una acumulación de líquido amniótico en el espacio virtual amniocorial por filtración a través del amnios o por secreción. El líquido acumulado por presión hidrostática va disecando el espacio amniocorial para finalmente depositarse en el polo inferior entre el corion y el amnios. La rotura del corion determina la salida de líquido al exterior, y al conservarse el amnios integro se forma una segunda bolsa. Esta se rompe en una etapa posterior por el mecanismo anteriormente mencionado.

Factores predisponentes de la ruptura prematura de membranas

Entre los factores predisponentes para la ruptura prematura de membranas ovulares, tenemos:

Factores de riesgo mayores

- Parto prematuro previo.
- Metrorragia en el embarazo actual (más riesgo en el tercer trimestre).
- Consumo de cigarrillo.

Factores de riesgo menores

- Vaginosis bacteriana (más riesgo entre las 8-18 semanas de gestación).
- HTA o diabetes.

- Anemia (Hto <30%).
- Consumo de café (>2tazas diarias).
- 2 o más legrados. previos.

Otros factores de riesgo

- Traumatismos
- Incompetencia cervical
- Enfermedades del colágeno
- Deficiencia de vitamina C y cobre.
- Polihidramnios
- Infecciones del tracto genital inferior.
- Trichomona, chlamydia, ureoplasma.

Algunos estudios destacan que existe una frecuencia mayor de rotura prematura de membranas en la paciente adolescente, encontrándose cifras que van desde aproximadamente el 7% al 17% (3,9,14).

2.3.6 DIABETES GESTACIONAL: Se define como la disminución de la tolerancia a los hidratos de carbono, de severidad y evolución variable, que se reconoce por primera vez durante la actual gestación.

Dentro de los factores de riesgo para contraer una diabetes gestacional están: obesidad con índice de masa corporal mayor a 26, antecedentes de diabetes mellitus en familiares de primer grado, edad materna igual o superior de 30 años, macrosomía fetal actual o antecedente de uno o más hijos con peso al nacer >4000 gramos, malformaciones congénitas y polihidramnios en el embarazo actual.

Investigaciones realizadas en adolescentes demuestran que la incidencia de esta patología es baja en este grupo de edad, siendo más frecuente en las embarazadas adultas. (3,14)



2.3.7 DESPROPORCIÓN CEFALO PELVICA: Es la obstrucción del trabajo de parto debido a la disparidad entre las dimensiones de la cabeza fetal y la pelvis materna que impide el parto vaginal.

Se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto. Esto es debido a una mayor incidencia de desproporción céfalo pélvica. (1, 3,15)

En un estudio realizado en la ciudad de Cuenca, en el Hospital Vicente Corral Moscoso, se observó que esta complicación fue la más frecuente entre las adolescentes, representando el 17.65%. (5)

2.3.8 DESGARRO PERINEAL: Se define como las laceraciones del canal de parto; esta complicación en las adolescentes está dada principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose en una estrechez de canal blanco y se clasifica como:

2.3.8.1 Primer Grado: afecta la horquilla vulvar, piel perineal y la mucosa vaginal, sin comprometer la fascia y el músculo adyacente.

2.3.8.2 Segundo Grado: afecta la fascia y el músculo del cuerpo perineal, pero sin comprometer el esfínter anal.

2.3.8.3 Tercer Grado: piel, mucosa, cuerpo perineal y esfínter externo anal.

2.3.8.4 Cuarto Grado: Se extienden a través de la mucosa rectal y exponen la luz del recto. Están en relación directa con la sobre distensión mecánica del periné, sometido a presiones ejercidas por la cabeza y hombros fetales, instrumentos o manos del obstetra; además de ciertos condicionantes a saber como tejidos fibrosos en las primíparas con edad avanzada, cicatrices anteriores que no se dejan distender, edema, hipoplasia, periné alto de la pelvis en retroversión o pelvis estrechas con ángulo púbico muy agudo, etc. (3, 14,15)



2.3.9 INFECCION DE VIAS URINARIAS: Se trata de la infección de una o más estructuras del tracto urinario; se encuentra entre las infecciones más comunes padecidas por la mujer embarazada e incluyen:

2.3.9.1 Bacteriuria asintomática: Es la colonización bacteriana del tracto urinario sin sintomatología. Muchos estudios mostraron que la incidencia de bacteriuria oscila entre un 4% y 7%; similar al reportado en mujeres no embarazadas. Sin embargo durante el embarazo la obstrucción del flujo de orina y las modificaciones fisiológicas propias de esta etapa favorecen la estasis y un mayor riesgo de pielonefritis. (14)

2.3.9.2 Uretritis y Cistitis: Las infecciones de las vías urinarias bajas se caracterizan por un cuadro de polaquiuria, ardor miccional, tenesmo y síntomas pélvicos, generalmente afebril. (14)

2.3.9.3 Pielonefritis: Constituye un problema grave que puede desencadenar una muerte materna debido a las complicaciones médicas que pueden aparecer tales como shock séptico y síndrome de dificultad respiratoria del adulto.

Se presenta en alrededor del 2% de las embarazadas. El 40% de las embarazadas con pielonefritis aguda tiene antecedentes de infección de las vías urinarias inferiores.

La frecuencia reportada de infección de vías urinarias en la mayor parte de las publicaciones es alta en las pacientes adolescentes embarazadas, con cifras que llegan a cerca del 23%. (10, 14,15)

Factores predisponentes de infección de vías urinarias

La infección de vías urinarias es más común en la *mujer* que en el varón, debido a:

- La uretra femenina es mucho más corta

- Está próxima a la vagina que puede estar colonizada por varios gérmenes
- Está próxima al ano con su contenido séptico.

Los cambios anatómicos y funcionales que ocurren durante el *embarazo*, guardan una relación directa con el aumento a la predisposición para las infecciones urinarias:

- Los riñones aumentan de tamaño por aumento del flujo sanguíneo que deben filtrar y por lo tanto aumenta la longitud renal,
- La vejiga aparece congestiva y es desplazada de su sitio habitual,
- El aumento de la hormona progesterona produce relajación de la musculatura de la vejiga y de los uréteres, lo que lentifica el flujo de la orina,
- El útero comprime los uréteres, especialmente el del lado derecho, acumulándose en los uréteres hasta 200 ml de orina. Este estancamiento urinario favorece el crecimiento de las bacterias, se cambia el pH de la orina y se hace más alcalino.
- Además conforme avanza la gestación existe mayor eliminación de proteínas por la orina, lo que contribuye a la multiplicación de bacterias.

Además se incrementa la susceptibilidad en determinadas *condiciones* como la diabetes, prolapsos, cicatrices de partos, incontinencia urinaria, etc.

Factores de riesgo asociados para la infección de vías urinarias durante el embarazo:

- Infección urinaria previa.
- Episodios repetidos de infección cérvico-vaginal (3 o más).
- Litiasis o malformación de la vía urinaria.
- Antecedente de abortos en el segundo trimestre de la gestación o parto prematuro de causa no específica. (14,15)

2.3.10 CESÁREA: Es una intervención obstétrica en la que se realiza la extracción del feto de 500 gramos o más; a través de una incisión en la pared abdominal y otra en el útero. Ciertos estudios, han encontrado una menor incidencia de partos operatorios en las adolescentes con respecto a las mujeres adultas. (13)

En un estudio realizado en la ciudad de cuenca en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso durante el periodo abril 2006 – abril 2008, el porcentaje de terminación de la gestación por cesárea en las adolescentes fue del 18,72%. (5)

CAPITULO III

3. OBJETIVOS:

3.1 OBJETIVO GENERAL:

- Identificar la frecuencia de las complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del hospital Homero Castanier Crespo en el periodo enero- diciembre 2008.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar el tipo y la frecuencia de complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del hospital Homero Castanier Crespo en el periodo enero- diciembre 2008.
- Identificar las variables socio-demográficas de las pacientes adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de maternidad.
- Identificar las principales complicaciones obstétricas, tales como: aborto, parto prematuro, rotura prematura de membranas, diabetes gestacional, enfermedad hipertensiva gestacional, desproporción céfalo pélvica, desgarros perineales, infección de vías urinarias y las patologías obstétricas que requirieron cesárea en las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Homero Castanier Crespo

CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio retrospectivo para identificar la frecuencia de las complicaciones obstétricas en adolescentes que fueron hospitalizadas en el servicio de obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008.

4.2. UNIVERSO DE ESTUDIO, SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA, UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN

Área de estudio: Este estudio se realizó en el Hospital Homero Castanier Crespo del Cantón Azogues, Provincia del Cañar.

Universo: Las historia clínicas de las gestantes adolescentes que fueron atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008 que constituyeron 220 historias clínicas.

Muestra: Historias clínicas de las gestantes adolescentes que fueron atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo con complicaciones en su embarazo en el año 2008; que son 220 historias clínicas.

Unidad de análisis: Lo constituyeron las historias clínicas de las gestantes adolescentes con complicaciones en su embarazo atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008, de quienes se recolectó sus datos.



4.3. VARIABLES DEL ESTUDIO

Fueron consideradas variables de estudio: edad, residencia, instrucción, estado civil y complicaciones obstétricas; entre ellas aborto, parto prematuro, rotura prematura de membranas, diabetes gestacional, enfermedad hipertensiva gestacional, desproporción céfalo pélvica, desgarros perineales, infección de vías urinarias y las patologías obstétricas que requirieron cesárea.



4.4. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo que una persona a vivido, a contar desde su nacimiento.	Adolescencia Temprana Adolescencia Media Adolescencia tardía	Historias clínicas	10-13 14-16 17-19
Estado Civil	Situación civil en la que se encuentra una persona	Soltera Casada Unión Libre Divorciada Viuda	Historias Clínicas	SI/NO
Instrucción	Nivel de conocimientos adquiridos en educación formal	Analfabeta Primaria Incompleta Primaria Completa Secundaria incompleta Secundaria Completa Superior	Historias Clínicas	SI/NO
Residencia	Lugar donde radica una persona	Urbana Rural	Historias Clínicas	SI/NO
Aborto	Terminación del embarazo antes de que el feto sea viable o sea < a 20 semanas o < a 500gr.	*Amenaza de aborto *Aborto inevitable *Aborto completo *Aborto. Incompleto. *Aborto diferido. *Aborto séptico *Aborto en curso	Historias Clínicas	Si - No



Parto prematuro	El que se produce antes de las 37 SG.	*Amenaza de parto prematuro *Parto prematuro	Historias Clínicas	Si- No
Hipertensión arterial gestacional	Elevación de la TA sobre valores de 140/90	*Hipertensión gestacional. *Preeclampsia. *Eclampsia. *Preeclampsia sobre impuesta. *Hipertensión Crónica	Historias Clínicas	Si - No
VARIABLE	DEFINICION	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Desproporción cefalo pélvica	Obstrucción del trabajo de parto debido a la disparidad entre las dimensiones de la cabeza fetal y la pelvis materna que impide el parto vaginal	Desproporción cefalo pélvica	Historias Clínicas	Si – No
Diabetes gestacional	Disminución de la tolerancia a los HC por la deficiencia de insulina, que se reconoce por primera vez en la gesta.	Diabetes gestacional	Historias Clínicas	Si -No
Ruptura prematura de membranas	Ocurre antes del comienzo del trabajo de parto (1 hora antes o más).	Ruptura prematura membranas	Historias Clínicas	Si - No
Desgarro Perineal	Laceraciones del canal de parto.	*Primer grado *Segundo grado *Tercer grado *Cuarto grado	Historias Clínicas	Si - No
Infección de vías urinarias	Infección de una o más estructuras del tracto urinario	*bacteriuria asintomática *cistitis y uretritis *pielonefritis	Historias Clínicas	Si - No

Cesárea	Intervención en la que se realiza la extracción del feto de 500 gramos o más; a través de una incisión en la pared abdominal y otra en el útero	Cesárea	Historias Clínicas	Si- No
----------------	---	---------	--------------------	--------

4.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

4.5.1 Criterios de inclusión:

Revisión de historias clínicas del servicio de maternidad del Hospital, de:

- Paciente embarazada.
- Igual o mayor de 10 años y menor de 20 años

4.5.2 Criterios de Exclusión:

No se tomaron en cuenta en el estudio a:

Pacientes hospitalizadas con 20 años de edad o más.

4.6 Procedimiento para garantizar aspectos éticos

Para la presente investigación, mediante oficio, se solicitó la respectiva autorización, para acceder a las historias clínicas de las gestantes adolescentes que presentaron complicaciones obstétricas, en el Servicio de Obstetricia, dirigido al Director del Hospital Homero Castanier Crespo.

La autora del presente trabajo se compromete a que la información recolectada sea confiable, sin manipular para su propio beneficio los datos obtenidos y que los resultados serán utilizados en beneficio de las gestantes y por lo tanto de la comunidad.

4.7 Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos a utilizar y método para el control y calidad de datos.

1. Se solicitó mediante oficio al Director del Hospital Homero Castanier Crespo, para dar a conocer sobre nuestro trabajo de investigación y obtener la respectiva autorización para el uso de las historias clínicas del departamento de estadística, la cuál fue aceptada satisfactoriamente.
2. Con la autorización obtenida acudimos al departamento de Estadística del Hospital Homero Castanier Crespo, para recolectar la información del libro de registros del año 2008, para conocer las historias clínicas de las pacientes gestantes adolescentes que estuvieron hospitalizadas en el servicio de Obstetricia y que presentaron complicaciones, donde se me brindó libre acceso.
3. Una vez obtenidas los números de las historias clínicas de las pacientes gestantes adolescentes que presentaron complicaciones obstétricas, se procedió a buscarlas y a recolectar los datos mediante la aplicación del formulario previamente elaborado.
4. Con la información registrada en los formularios se realizó la respectiva tabulación, graficación e interpretación de resultados, con sus respectivas conclusiones.

Instrumento

Se elaboró un formulario diseñado exclusivamente para la investigación (Anexo 2) que incluyó: datos de filiación que constaban en las historias clínicas de las gestantes, entre ellas están edad, residencia, instrucción, estado civil y las complicaciones obstétricas ya mencionadas.

El instrumento, elaborado por la investigadora, constó de varias opciones con la finalidad de obtener información que permita un manejo estadístico más apropiado de los datos.

Fuente de Información

La fuente de información fue indirecta. Recopilamos la información por medio del formulario, de acuerdo a los datos obtenidos de las historias clínicas de las gestantes adolescentes. Además por cada 50 formularios llenados revisamos al azar 5 formularios para comprobar la veracidad de la información recolectada. El total de historias clínicas analizadas fueron 220, por lo tanto repetimos dicho procedimiento 4 veces, en las cuales no se encontró alteración de la información, lo que nos permite garantizar la calidad de la información.

Recolección de la información

El levantamiento de los datos se realizó mediante la recopilación de la información en los formularios previamente diseñados y validados de las historias clínicas de las gestantes adolescentes, hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008.

4.8 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Análisis de la información

El análisis de la información se realizó bajo el enfoque cuantitativo.

Análisis Cuantitativo

La entrada predominante fue la cuantitativa y apoyada en la estadística descriptiva.

Las variables cuantitativas fueron manejadas en número de casos (n) y sus porcentajes (%).

Programas utilizados

Una vez recopilada la información fue ingresada en una matriz de datos y procesada con la ayuda del programa estadístico Microsoft office Excel™



versión 2007 en español para Windows™ y programa SPSS 15.0 en español versión evaluación.

Presentación de resultados

Presentamos los resultados de la información recopilada por medio de tablas de distribución de frecuencias, porcentajes y gráficos recomendados por la metodología. Las medidas estadísticas utilizadas para el análisis fueron medidas de frecuencia relativa, entre ellas el porcentaje y razón.

CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

Fueron 220 historias clínicas investigadas de las gestantes adolescentes con complicaciones obstétricas, hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008 y que se encontraban almacenadas en el Departamento de Estadística de dicha institución. Este número constituyó la muestra.

El acceso a este número de historias clínicas requirió de 14 visitas al Departamento de Estadística del Hospital Homero Castanier Crespo.

5.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

En el servicio de obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008, han sido atendidas 1972 gestantes, de las cuales 220 eran adolescentes que presentaron complicaciones obstétricas, lo que implica un 11.1% del total de gestantes.



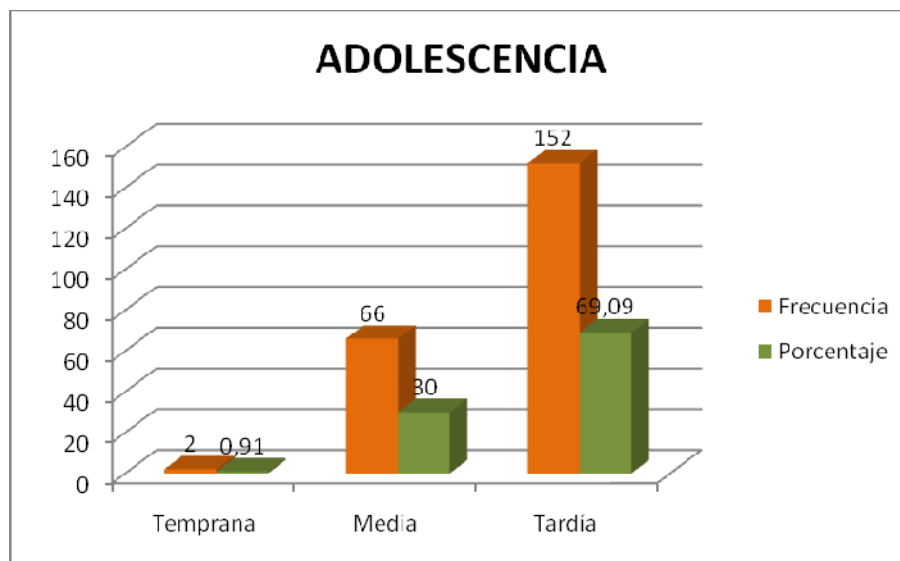
**CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS
EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER
CRESPO EN EL AÑO 2008. AZOGUES.**

POBLACION	
Edad (n=220)	Mínima 13- máximo 19
10-13 años	2 (0.91%)
14-16 años	66 (30%)
17-19 años	152 (69.09%)
Residencia (n=220)	
Urbana	76 (34.5%)
Rural	144 (65.5%)
Instrucción (n=220)	
Analfabeta	1(0.45%)
Primaria incompleta	14 (6,36%)
Primaria completa	51 (23.18%)
Secundaria incompleta	96 (43.64%)
Secundaria completa	35 (15.91%)
Superior	23 (10.45%)
Estado Civil (n=220)	
Soltera	54 (24.55%)
Casada	88 (40%)
Viuda	0
Divorciada	1 (0.45%)
Unión Libre	77 (35%)
Complicaciones obstétricas (n=220)	
Trastornos hipertensivos	15 (6.81%)
Aborto	25 (11.36%)
Parto pretermino	28 (12.72%)
Ruptura prematura de membranas	19 (8.63%)
Desproporción céfalo pélvica	19 (8.63%)
Diabetes gestacional	0
Desgarro perineal	8 (3.63%)
Infección de vías urinarias	68 (30.9%)
Patologías obstétricas que requirieron Cesárea	92 (41.8%)
TOTAL	220

Fuente: Formulario de investigación
Elaborado por: Elva López Quevedo

GRAFICO N°1

**Distribución de las gestantes adolescentes con complicaciones
 obstétricas hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital
 Homero Castanier Crespo en el año 2008, según edad. Azogues 2010**



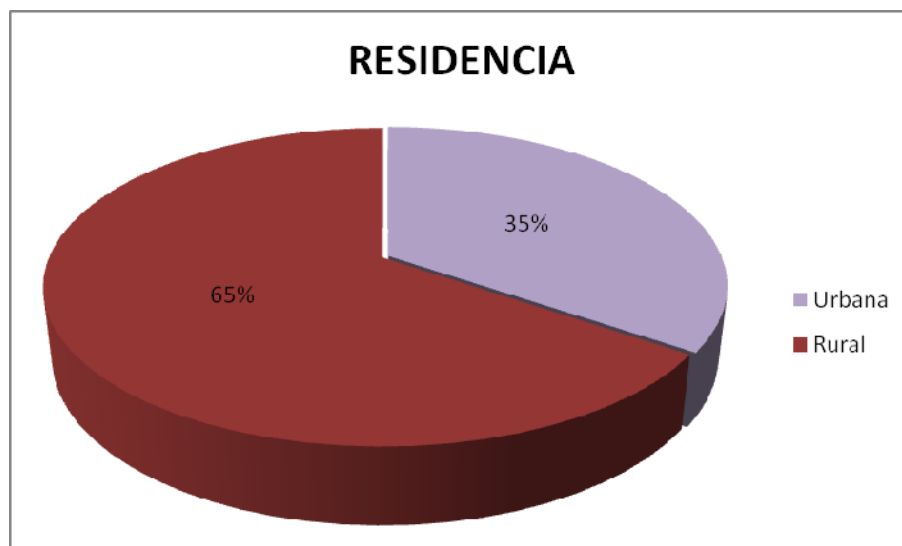
Fuente: Formulario de investigación.
 Elaboración: Elva López Quevedo.

La distribución según edad tuvo como promedio 16 años (Adolescencia media), siendo el mínimo de edad 13 años y el máximo de 19 años. La edad entre 17 a 19 años (Adolescencia tardía) representa el 69.09%.



GRAFICO N°2

**Distribución de las gestantes adolescentes con complicaciones
obstétricas hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital
Homero Castanier Crespo en el año 2008, según residencia. Azogues 2010**

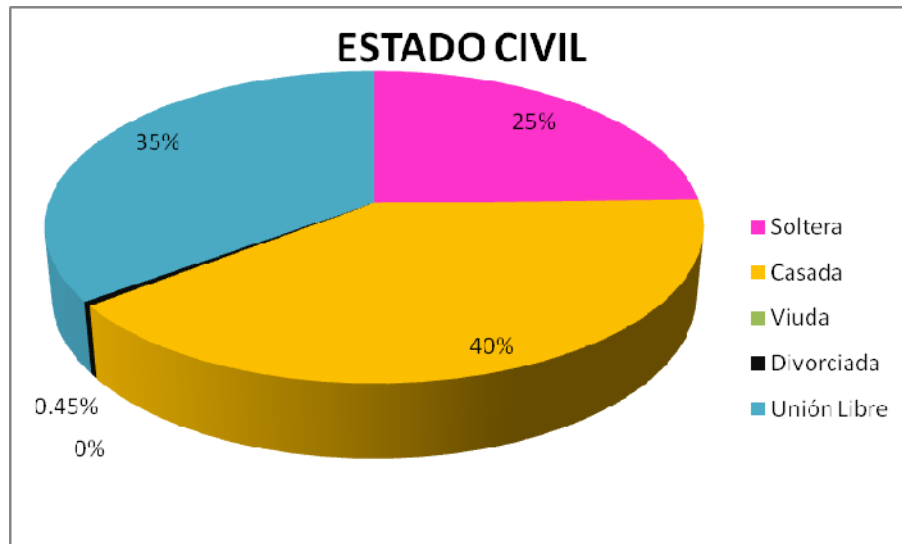


Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: Elva López Quevedo

Las gestantes adolescentes que pertenecen a la zona rural representan el 65.5%; mientras que la zona urbana representa el 34.5%.

GRAFICO N°3

**Distribución de las gestantes adolescentes con complicaciones
 obstétricas hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital
 Homero Castanier Crespo en el año 2008, según estado civil. Azogues
 2010**



Fuente: Formulario de investigación.
 Elaboración: Elva López Quevedo.

Las gestantes adolescentes casadas representan el 40%, seguidas de unión libre con el 35%; mientras que las divorciadas constituyen el 0.45%; no existen viudas.

TABLA N°1

**Distribución de las gestantes adolescentes con complicaciones
obstétricas hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital
Homero Castanier Crespo en el año 2008, según instrucción. Azogues
2010**

INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeta	1	0,45%
Primaria incompleta	14	6,36%
Primaria completa	51	23,18%
Secundaria incompleta	96	43,64%
Secundaria completa	35	15,91%
Superior	23	10,45%
TOTAL	220	100%

Fuente: Formulario de investigación.

Elaboración: Elva López Quevedo.

Según la instrucción, el 43.64% ha estudiado hasta la secundaria incompleta, seguida por el 23.18% que representa la primaria completa; la población analfabeta representa el 0.45%.

TABLA N°2

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008 según trastornos hipertensivos. Azogues 2010

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HTA gestacional	2	0,91
Preeclampsia	10	4,55
Eclampsia	3	1,36
HTA sobreañadida	0	0
HTA crónica	0	0
No presentan	205	93,18
TOTAL	220	100,00

Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: Elva López Quevedo.

Los trastornos hipertensivos se presentaron en el 6.81% de las adolescentes embarazadas, la preeclampsia representa el 4.55%; existieron 3 casos de eclampsia (1.36%) y 2 casos de hipertension gestacional (0.91%). No se evidenciaron casos de hipertension sobreañadida ni hipertension crónica.

TABLA N°3

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008 según aborto. Azogues 2010

ABORTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
amenaza	4	1,82
incompleto	6	2,73
completo	5	2,27
inevitable	0	0
diferido	8	3,64
en curso	2	0,91
septico	0	0
no presentan	195	88,64
TOTAL	220	100,00

Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: Elva López Quevedo.

El aborto diferido representa el 3.64%, seguida del aborto incompleto con el 2.73%; el aborto completo representa el 2.27%; la amenaza de aborto cubre el 1.82% y se presentan unicamente 2 casos de aborto en curso (0.91%). No existen casos de aborto inevitable ni septico. El aborto se presentó en el 9.54% de las adolescentes embarazadas.

TABLA N°4

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008 según parto pretermino. Azogues 2010

COMPLICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Amenaza	22	10
Parto pretermino	6	2,73
No presentan	192	87,27
TOTAL	220	100,00

Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: Elva López Quevedo.

La amenaza de parto pretermino representa el 10%, mientras que la ocurrencia de partos pretérminos constituyen el 2.73%. Esta patología no se presenta en el 87.27% de las adolescentes gestantes estudiadas.

TABLA N°5

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008 según desgarro perineal. Azogues 2010

DESGARRO PERINEAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Grado I	2	0,91
Grado II	4	1,82
Grado III	2	0,91
Grado IV	0	0,00
no presentaron	212	96,36
TOTAL	220	100

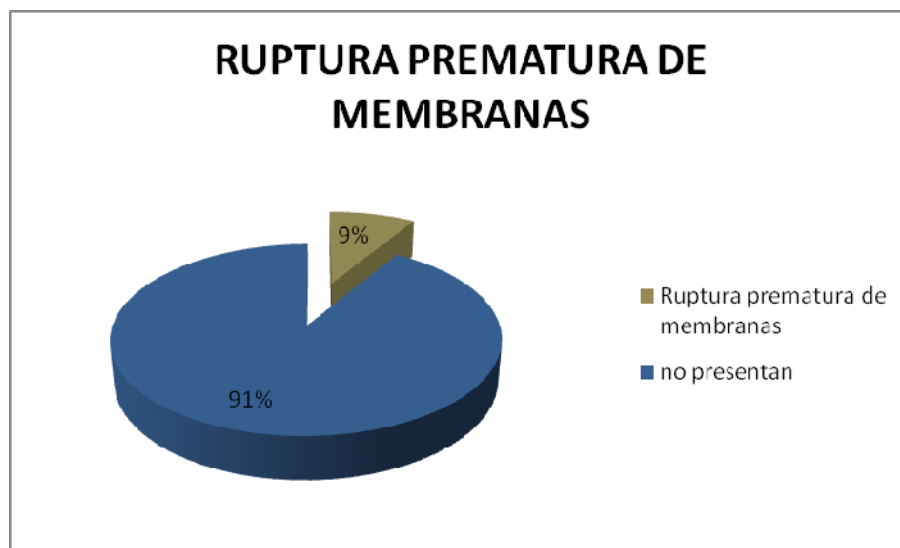
Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: Elva López Quevedo.

El desgarro perineal grado II se presentó en el 1.82%, los desgarros grado I y III representan el 0.91%. No se presentaron casos de desgarro grado IV. Los desgarros se presentaron en el 3.63% de las adolescentes embarazadas.



GRAFICO N°4

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008 según ruptura prematura de membranas. Azogues 2010



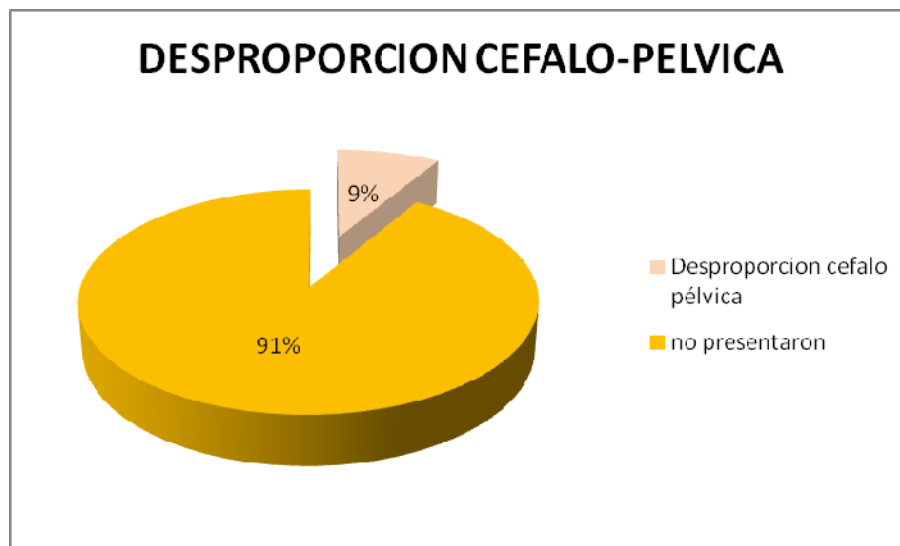
Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: Elva López Quevedo.

La ruptura prematura de membranas ocurrió en el 8.64%, mientras que el 91.36% de las gestantes adolescentes no lo presentaron.



GRAFICO N°5

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008 según desproporción cefalo pélvica. Azogues 2010



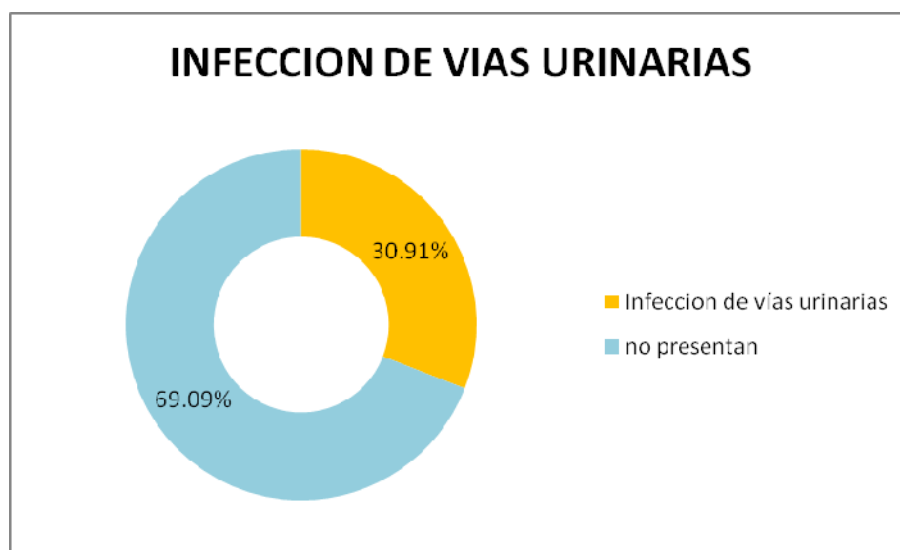
Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: Elva López Quevedo.

La desproporción cefalo pélvica representa el 8.64% mientras que el 91.36% no lo presentaron.



GRAFICO N°6

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008 según infección de vías urinarias. Azogues 2010



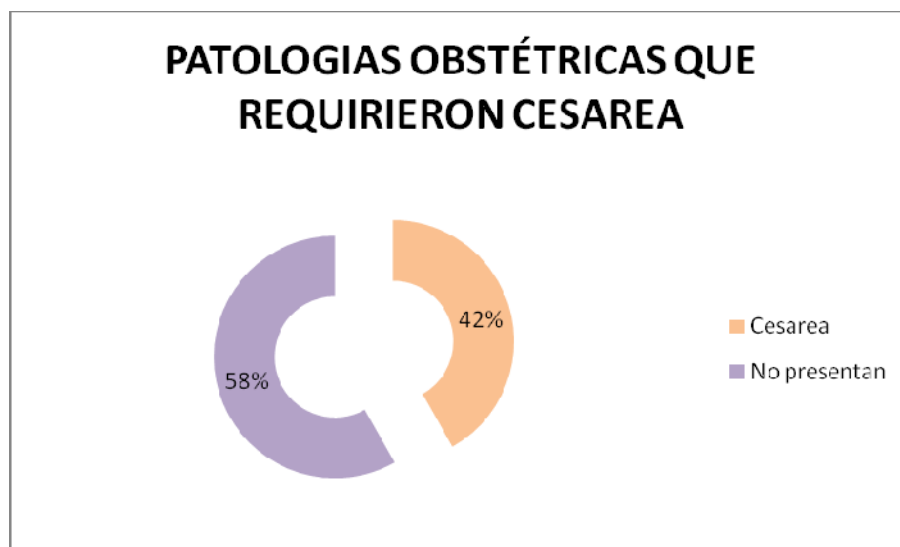
Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: Elva López Quevedo.

La infección de vías urinarias se presentó en el 30.91%, mientras que el 69.09% no lo presentaron.



GRAFICO N°7

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008 según patologías obstétricas que requirieron cesárea. Azogues 2010



Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: Elva López Quevedo.

Las patologías obstétricas que requirieron cesárea fueron en el 41.82% de las gestantes adolescentes; no se presentó en el 58.18%.

CAPITULO VI

6. DISCUSION

El embarazo en adolescentes también se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad. Aunque en muchas culturas aún persiste la idea de que la mujer debe iniciar tempranamente su vida reproductiva, son diversos los argumentos que la contradicen. (16)

En todo el mundo, uno de cada diez alumbramientos corresponde a una madre adolescente y las tasas de fecundidad oscilan entre 05 y 200 nacimientos vivos por cada 1000 adolescentes, siendo las más altas las de África y América Latina. (5)

En síntesis, la evidencia sugiere que el embarazo y la fecundidad adolescente es un problema tanto a nivel individual como social. Este fenómeno se relaciona directamente con la falta de oportunidades para el ejercicio de los derechos y para el desarrollo educativo y laboral. Además, el embarazo adolescente es a la vez causa y producto importante de las desigualdades socio-económicas, generacionales y de género. La mayoría de las madres adolescentes se encuentra en una perspectiva de exclusión y marginación, siendo que sus hijos/as tienen altas probabilidades de continuar inmersos en esta dinámica. (5)

Dentro de nuestro estudio durante el año 2008 se atendieron 1972 gestantes, de las cuales 220 eran adolescentes que presentaron complicaciones obstétricas, lo que implica un 11.1% del total de gestantes. Se observó que la



adolescencia tardía representó el 69.09%; la mayoría reside en zona rural con el 65.5%. Predomina las gestantes adolescentes casadas con el 40% y el nivel de instrucción que prevaleció es la secundaria incompleta con el 43.64%; en tanto que en un estudio realizado en la ciudad de Cuenca durante los años 2007-2008, en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso la prevalencia de adolescentes atendidas por embarazo fue del 26.86%, la edad prevalente perteneció a la adolescencia tardía con 79.26, la mayoría procedente y residente del sector urbano 55.44 y 63.69 respectivamente. La Unión Libre fue la predominante con 45.37. El nivel de instrucción que prevaleció fue la secundaria incompleta con 41.61. (5)

En otro estudio realizado en Sullana-Perú la edad materna promedio de gestantes adolescentes fue 17,7 años. El 62,8% se encontraba entre 18 y 19 años. El 54% era conviviente y 7,2% soltera. El 75,8% era primigesta. Fue más frecuente la vía de parto abdominal en adolescentes (14,9%) con respecto al grupo control (6,5%). (7)

Dentro de nuestro estudio las complicaciones obstétricas incluyen: la cesárea se presentó en el 41.82%, la infección de vías urinarias en el 30.91%, la amenaza de parto pretérmino representó el 10%, mientras que el parto pretérmino se presentó en el 2.73%, la ruptura de membranas y la desproporción cefalo pélvica constituyeron el 8.64%, la preeclampsia representa el 4.55%, el desgarro perineal grado II se presentó en el 1.82%. En el estudio realizado en la ciudad de Cuenca existieron 1338 casos de alguna patología obstétrica constituyendo el 45%. El aborto se presentó en 7.31, la prematuridad estuvo presente en 3.35%, el síndrome hipertensivo del embarazo ocurrió en 2.24%, la ruptura prematura de membranas constituyó 4.87%; en relación a las distocias, se presentó en 17.65%, y no se encontraron casos de pacientes que hayan padecido diabetes gestacional. El 18,72% terminó el embarazo por cesárea. (5)



En un estudio observacional analítico de tipo caso-control de 113 adolescentes realizado en Cuba se demostró que la frecuencia de la diabetes gestacional en las adolescentes fue baja (2,7 %) (6). Dentro de nuestro estudio no existieron adolescentes con diabetes gestacional.

Este estudio nos ha dado una visión global de nuestra realidad, la misma que no es muy diferente, comparada a la que se encontró a nivel nacional y en otros países en vías de desarrollo.

CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES:

Las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008 presentan:

1. Los trastornos hipertensivos representan el 6.81%, dentro de estos la preclampsia representa el 4.55%; existieron 3 casos de eclampsia (1.36%) y 2 casos de hipertension gestacional (0.91%). No se evidenciaron casos de hipertension sobreañadida ni crónica.
2. El aborto diferido representa el 3.64%, seguida del aborto incompleto con el 2.73%; el aborto completo representa el 2.27%; la amenaza de aborto cubre el 1.82% y se presentan unicamente 2 casos de aborto en curso (0.91%). No existen casos de aborto inevitable ni septico.
3. La amenaza de parto pretermino representa el 10%, mientras que la ocurrencia de partos pretérminos constituyen el 2.73%. Esta patología no se presenta en el 87.27% de las adolescentes gestantes estudiadas.
4. El desgarro perineal grado II se presentó en el 1.82%, los desgarros grado I y III representan el 0.91%. No se presentaron casos de desgarro grado IV.
5. La ruptura prematura de membranas ocurrió en el 8.64%, mientras que el 91.36% de las gestantes adolescentes no lo presentaron.
6. La desproporción cefalo pélvica representa el 8.64% mientras que el 91.36% no lo presentaron.

7. La infección de vías urinarias se presentó en el 30.91%, mientras que el 69.09% no lo presentaron.
8. La cesárea fue realizada en el 41.82% de las gestantes adolescentes; no se presentó en el 58.18%.
9. La distribución según edad tuvo como promedio 16 años (Adolescencia media), siendo el mínimo de edad 13 años y el máximo de 19 años. La edad entre 17 a 19 años (Adolescencia tardía) representa el 69.09%.
10. Según la instrucción, el 43.64% ha estudiado hasta la secundaria incompleta, seguida por el 23.18% que representa la primaria completa; la población analfabeta representa el 0.45%.
11. Las gestantes adolescentes casadas representan el 40%, seguidas de unión libre con el 35%; mientras que las divorciadas constituyen el 0.45%; no existen viudas.
12. Las gestantes adolescentes que pertenecen a la zona rural representan el 65.5%; mientras que la zona urbana representa el 34.5%.

7.2 RECOMENDACIONES:

- ✓ Con el estudio que hemos realizado podemos proponer, que se priorice la asistencia médica que se brinda a las gestantes adolescentes, para ampliar su cobertura a embarazadas con menor educación, más pobres; residentes por lo general en áreas rurales; que son aquellas que presentan mayor incidencia de embarazos, y por ende mayores complicaciones.
- ✓ A más de realizar un aumento de la cobertura en cuanto a la educación de las gestantes adolescentes sobre su embarazo, debería también enfocarse en una adecuada intervención de los factores de riesgo presentes durante el embarazo.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- ✓ Además es importante educar a las adolescentes en general, para tratar de prevenir un embarazo precoz, ya que resulta beneficioso para la comunidad en general, tanto en el aspecto psicosocial como en el económico.

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO 1



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL “HOMERO CASTANIER CRESPO” EN EL PERIODO ENERO- DICIEMBRE 2008

Formulario N. _____

Historia Clínica N _____

1. EDAD	
---------	--

2. RESIDENCIA	
2.1 Urbana	
2.2 Rural	

3. INSTRUCCIÓN	
3.1 Analfabeta	
3.2 Primaria Incompleta	
3.3 Primaria Completa	
3.4 Secundaria Incompleta	
3.5 Secundaria Completa	
3.6 Superior	

4. ESTADO CIVIL	
4.1 Soltera	
4.2 Casada	
4.3 Viuda	
4.4 Divorciada	
4.5 Unión Libre	

5. PATOLOGIAS DURANTE EL EMBARAZO	
5.1 Hipertensión gestacional	
5.2 Preeclampsia	
5.3 Eclampsia	
5.4 Preeclampsia superpuesta a la hipertensión crónica	
5.5 Hipertensión crónica	
5.6 Amenaza de aborto	
5.7 Aborto incompleto	
5.8 Aborto completo	
5.9 Aborto inevitable	
5.10 Aborto diferido	
5.11 Aborto en curso	
5.12 Aborto séptico	
5.13 Amenaza de parto prematuro	
5.14 Parto prematuro	
5.15 Ruptura prematura de membranas	
5.16 Desproporción céfalo pélvica	
5.17 Diabetes gestacional	
5.18 Desgarro perineal: grado I	
5.19 Desgarro perineal: grado II	
5.20 Desgarro perineal: grado III	
5.21 Desgarro perineal: grado IV	
5.8 Infección de vías urinarias	
5.9 Patologías que requirieron cesárea	

ELABORADO

POR: _____

FECHA: _____

ANEXO II

TABLA N°1

**Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio
de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008
según edad. Azogues 2010**

ADOLESCENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Temprana	2	0,91
Media	66	30
Tardía	152	69,09
TOTAL	220	100,00

Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: Elva López Quevedo.



TABLA N°2

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008 según residencia. Azogues 2010

RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Urbana	76	34,5
Rural	144	65,5
TOTAL	220	100

Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: Elva López Quevedo.

TABLA N°3

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008 según estado civil. Azogues 2010

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	54	24,55
Casada	88	40,00
Viuda	0	0,00
Divorciada	1	0,45
Unión Libre	77	35,00
TOTAL	220	100,00

Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: Elva López Quevedo.

TABLA N°4

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008 según ruptura prematura de membranas. Azogues 2010

COMPLICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ruptura prematura de membranas	19	8,64
no presentan	201	91,36
TOTAL	220	100

Fuente: Formulario de investigación.

Elaboración: Elva López Quevedo

TABLA N°5

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008 según desproporción cefalo pélvica. Azogues 2010

COMPLICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Desproporción cefalo pélvica	19	8,64
no presentaron	201	91,36
TOTAL	220	100,00

Fuente: Formulario de investigación.

Elaboración: Elva López Quevedo

TABLA N°6

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008 según infección de vías urinarias. Azogues 2010

COMPLICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Infeccion de vías urinarias	68	30,91
no presentan	152	69,09
TOTAL	220	100

Fuente: Formulario de investigación.

Elaboración: Elva López Quevedo

TABLA N°7

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008 según las patologías obstétricas que requirieron cesárea. Azogues 2010

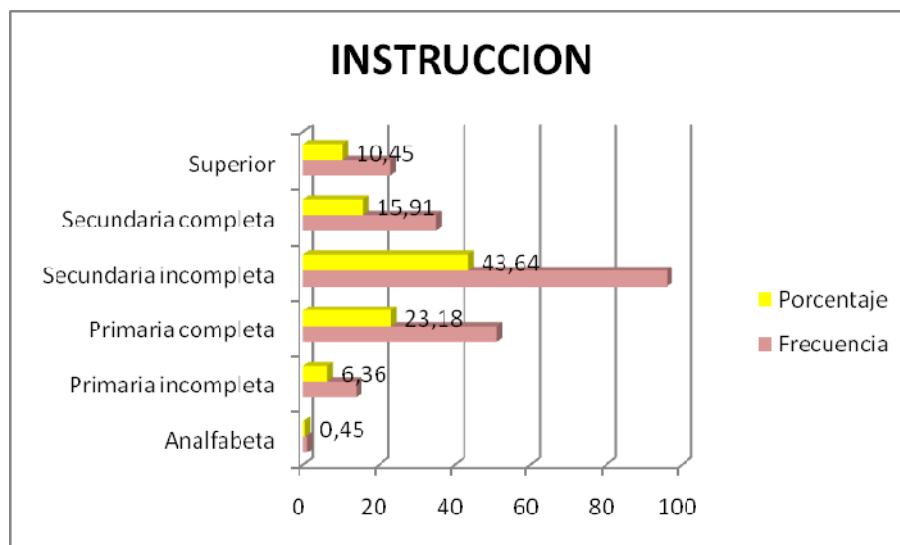
COMPLICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cesárea	92	41,82
No presentan	128	58,18
TOTAL	220	100

Fuente: Formulario de investigación.

Elaboración: Elva López Quevedo

GRAFICO N°1

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008 según instrucción. Azogues 2010

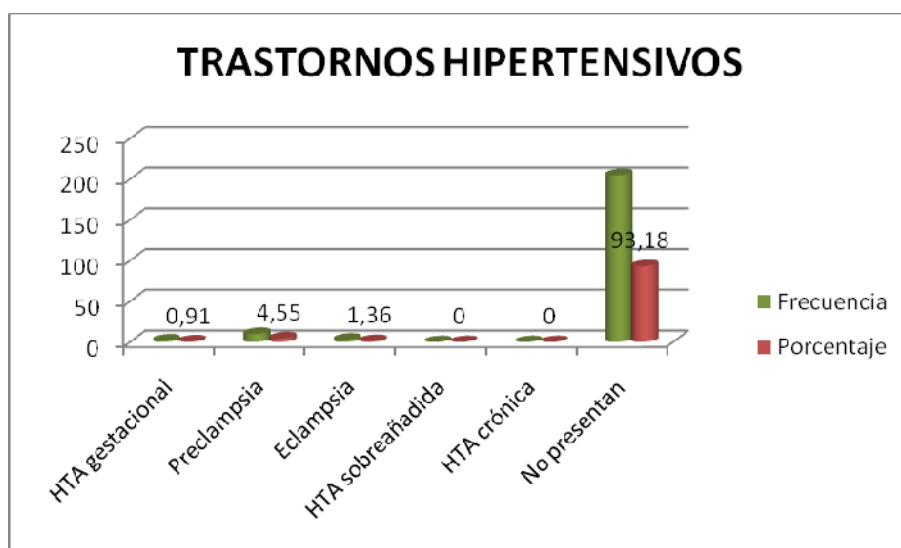


Fuente: Formulario de investigación.

Elaboración: Elva López Quevedo

GRAFICO N°2

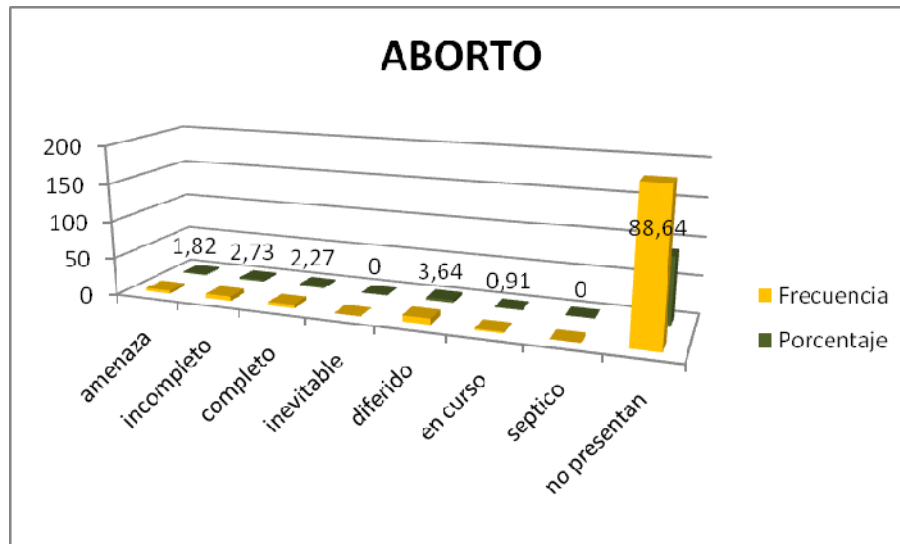
Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008 según trastornos hipertensivos. Azogues 2010



Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: Elva López Quevedo

GRAFICO N°3

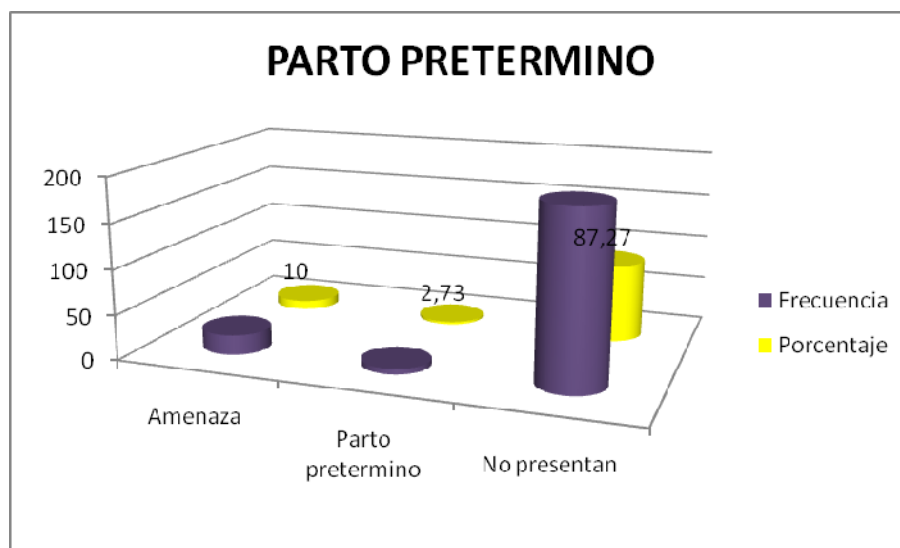
Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008 según aborto. Azogues 2010



Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: Elva López Quevedo

GRAFICO N°4

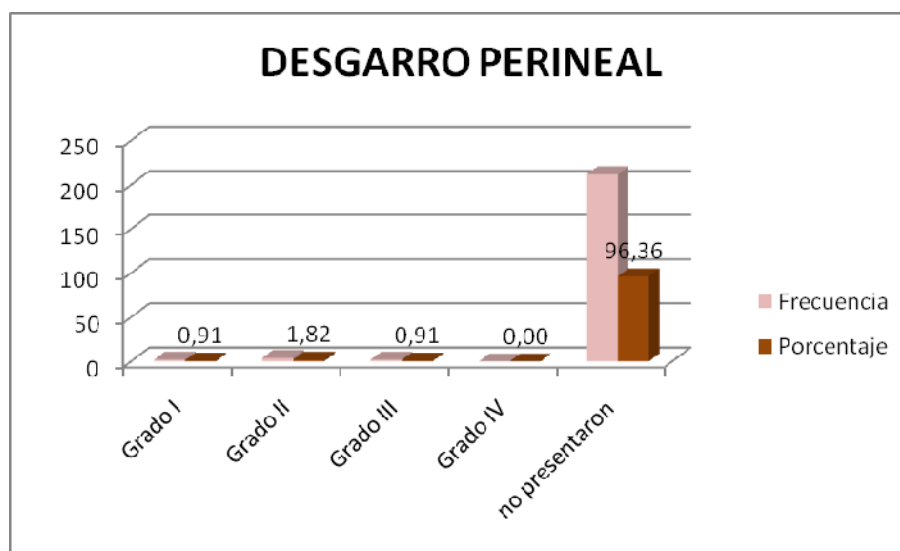
Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008 según parto pretermino. Azogues 2010



Fuente: Formulario de investigación.
Elaboración: Elva López Quevedo

GRAFICO N°5

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008 según desgarro perineal. Azogues 2010



Fuente: Formulario de investigación.
 Elaboración: Elva López Quevedo

BIBLIOGRAFIA GENERAL

1. Chumbe O, Novoa A, Aborto séptico en adolescentes, 1998, disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/ginecologia/Vol_44N2/aborto_septico.htm
2. Fernández L, Carro E, Osés D, Pérez J. Caracterización de la gestante adolescente, Rev Cubana Obstet Ginecol, 30 (2): 5-12. 2004.
3. Nuñez-Orquiza R, Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto, edición 1, 2003, disponible en:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00363634200300070001
4. Stern C, El embarazo en la adolescencia como problema público, edición 2, 1997, disponible en:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341997000200008
5. Cruzat H, Fuentes M, El embarazo en edades tempranas, Algunas consideraciones al respecto, 1999, disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403191999000100004&script=sci_arttext&lng=es.
6. Martín L, Reyes Z, Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud, edición 2, 2003, disponible en:
http://hinari-gw.who.int/whalecomscielo.sld.cu/whalecom0/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000200014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Valdés S, Essien J, Bardales J, Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones, 2002, disponible en:
http://hinari-gw.who.int/whalecomscielo.sld.cu/whalecom0/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000200004&lng=es&nrm=iso
8. Padilla de Gil, A. Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. Rev Sogia. 7(1): 16-25. 2000



9. Vera, G, Gallegos, M, Varela, M. Salud mental y embarazo en adolescentes. Contexto de la gestación y consecuencias biográficas tempranas. Rev Méd Chile. 127(2): 413-437. 1999.
10. Montero, A, Matamala M, Valenzuela M. Principales características biosicosociales del embarazo y parto en adolescentes. Rev Sogia. 6(1): 10. 1999
11. Pelaez J. Adolescente embarazada: Características y riesgos. Comentarios al trabajo de Angel Maida y cols. Rev Sogia. 3(1): 13-16. 1996.
12. Díaz A, Sanhueza P, Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente, 2002, disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262002000600009&script=sci_arttext.
13. Ulanowicz M, Parra K, Wendler G, Riesgos en el embarazo adolescente, Rev de la Vía Cátedra de Medicina. 153: 13-17. 2006

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Jijón, A, Sacoto M. Alto riesgo obstétrico. Quito. Ecuaooffset. 2006. pag 29-32, 83-93.
2. Pérez Sánchez, A, Donoso Siña, E. Obstetricia. 3ra. ed. Santiago de Chile. Publicaciones Técnicas Mediterráneas. 1999. pag 9-10, 253-254.
3. Díaz, A, Sanhueza, R, Yaksic N. Riesgos Obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev. chil. obstet. ginecol. 67(6): 481-487. 2002.
4. Plan nacional de prevención del embarazo en adolescentes en el ecuador, ENDEMAIN, disponible en:
http://www.cнна.gov.ec/_upload/Plan_Preencion_Embarazo_Adolescente.pdf
5. Chumi A, Guerrero J, Illescas C, Prevalencia de patologías obstétricas en adolescentes embarazadas del servicio de gineco- obstetricia del Hospital Regional de Cuenca "Vicente Corral Moscoso" período abril 2006- abril 2008, Cuenca Ecuador 2008.



6. Rimbao G, Cruz J, Safora O, Comportamiento de la diabetes gestacional en el embarazo en la adolescencia, Rev Cubana Med Gen Integr 23(3). Cuba 2007, disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_3_07/mgi08307.htm
7. Tay Flor, Puell L, Neyra L, Embarazo en adolescentes: Complicaciones obstétricas, Ginecología y Obstetricia (3) 45. Perú 1999, disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/ginecologia/Vol_45N3/embarazo.htm
8. Laffita A, Ariosia J, Cutie J, Adolescencia e interrupciones del embarazo, Rev Cubana Obstetricia Ginecología. 30 (1). 2004
9. Issler, J. Embarazo en la Adolescencia. Rev. via Medicina. 107: 11-23. 2001
10. Botero, J, Jubiz A. Obstetricia y Ginecología. 7ma. ed. Bogotá. Quebecar. 2004. pag 220-236.
11. Molina, M, Narváez, J, Ñauta, J, Rodríguez, M, Vega, B. Normas em Obstetricia, Cuenca. Universidad de Cuenca. 2008. pag 57-68.
12. Narváez, J, Vega, B. Temas relevantes en Ginecología y Obstetricia, trabajos de Investigación del postgrado. Cuenca. Universidad de Cuenca. 2007. pag 52-57, 67-72.
13. Squizzato C, Relación de la preeclampsia en adolescentes embarazadas en el Hospital Nacional Docente Madre- Niño, Lima Perú, 2006.
14. Schwarcz, R, Fescio, R. Obstetricia. 6ta. ed. Buenos Aires. El Ateneo. 2005. pag 184-187.
15. Williams, J. Obstetricia. 21. ed. Buenos Aires. Panamericana. 2002. pag 12-14.
16. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Centro latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva, disponible en: http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/estadisticas%20de%20la%20region/textos/e35%206-8%20Embarazo%20Adolescente.htm